Lane Medical Library

Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald.

Ueber

doppelseitige Myome der Eierstöcke

bei gleichzeitiger Geschwulstbildung andrer Organe.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 24. Juni 1890

Nachmittags 2 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Richard Jacoby

pract. Arzt

aus Brandenburg.

Opponenten:

Herr Drd. Rudolf Schwanhäuser, pract. Arzt.
Herr Drd. Johannes Plesch, pract. Arzt.
Herr Max Ahrens, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1890.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0037

Dem Andenken

seiner verstorbenen Eltern

und

seinem Bruder Hermann

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn man bei der Betrachtung der Eierstocksgeschwülste ihre Consistenz und ihren Inhalt zum Eintheilungsprinzip nimmt, so kann man zwei Gruppen derselben unterscheiden, nämlich die cystischen und die soliden Ovarialgeschwülste. Während die cystischen Neubildungen die bei weitem häufigste Gruppe bilden und vielfach Gegenstand eingehender Untersuchungen geworden sind, gehören nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Forscher die festen Tumoren der Ovarien zu den relativ seltenen Geschwülsten.

Diese nun besonders weisen eine Merkwürdigkeit auf, welche sonst bei paarigen Drüsen, wie die mammae, Nieren, Nebennieren, Speicheldrüsen durchaus ungewöhnlich ist, nämlich die gleichzeitige Erkrankung beider Organe.

Aus den in der Literatur beschriebenen Fällen doppelseitiger solider Eierstocksgeschwülste geht hervor, dass diese Neubildungen meist maligner Art sind, nämlich Carcinome und Sarkome, selten Fibroide. In der Zusammenstellung von solchen festen Ovarialtumoren, welche Leopold im Archiv für Gynaeko-

logie Band VI gegeben hat, finden wir unter den 20 Fällen von doppelseitiger Geschwulstbildung 10 Carcinome, 7 Sarcome und 3 Fibroide.

Dagegen vermisst man unter diesen Fällen vollständig solche doppelseitigen Tumoren, deren Structur Muskelfasern in geringerem oder grösserem Masse aufweist. Es wird sogar von Leopold wie auch von Spiegelberg bestritten, dass überhaupt Geschwülste von dem Charakter der Myome oder Fibromyome am Ovarium vorkommen, und behauptet, dass bei Beschreibung solcher Geschwülste stets Irrthümer betreffs des Ausgangspunktes derselben obgewaltet haben, indem nur dem Uterus die Bildung der Myome zugesprochen wurde: „Denn subseröse Uterusmyome entwickeln sich oft intraligamentär, können sich selbst vollständig vom Uterus trennen und so eine Lagerung annehmen, welche die Täuschung bedingt."

Demgegenüber sind in neuerer Zeit einzelne Fälle von Fibromyomen des einen Ovariums beobachtet und beschrieben worden, so ein Fall von kindskopfgrossem Fibromyom des rechten Ovarium von Pomorski, und ein solcher eines $10\frac{1}{2}$ Pfund schweren gleichen Tumors des rechten Eierstockes von Carter.

Auch ich bin in der Lage zwei Fälle von Ovarialfibromyomen, aber von doppelseitigen anzuführen, welche im Pathologischen Institut zu Greifswald genauer zu untersuchen, mir durch die Güte des Herrn Professor Grawitz vergönnt war.

Die Besonderheit dieser beiden Fälle liegt nun aber nicht allein in dem genauen histologischen Nachweis, dass unabhängig von Neubildungen des Uterus Fibromyome im Stroma der Eierstöcke vorkommen, sondern ausserdem in einer beiden Fällen gleichmässig zukommenden Komplikation mit Geschwülsten anderer Organe, welcher hier eine Deutung gegeben wird, welche von derjenigen ähnlicher, durch die Literatur bekannter Beobachtungen, recht wesentlich abweicht.

Fall I.

Carcinoma vesicae felleae, carcinomata metastatica hepatis et peritonei: fibromyomata ovarii utriusque.

Der Fall betrifft eine 50jährige Frau, welche unter den Erscheinungen einer Krebsentwicklung in der Leber und Hydrops ascites zu Grunde gegangen war. Die bei der Section vollständig der Leiche entnommenen Organe waren dem pathologischen Institut hierselbst von ausserhalb zugesandt, behufs genauer Feststellung der Frage, welches der zahlreichen Geschwülste als das primäre, welche als die sekundären anzusehen seien.

Die von mir im Anschluss an den Demonstrations-Kursus am 1. Mai 1890 vorgenommene Untersuchung der frischen Organe ergiebt folgendes:

1. Descriptive Darstellung.

Die Leber ist vergrössert, ihre Kapsel im Allgemeinen zart, in der Gegend der Gallenblase zeigt sie fibröse Verdickung. An der Oberfläche sieht

man eine grosse Anzahl runder, circumscripter Knoten, welche über das Niveau prominiren und in der Mitte eine seichte Delle erkennen lassen. Das Leberparenchym um dieselben schimmert grau-roth durch die Kapsel hindurch. Auf dem Durchschnitt sieht man, dass die Leber ganz von den kugelrunden Knoten durchsetzt ist, welche 2—4 cm im Durchmesser messen, von grau-roth und gelblich gesprenkelter Farbe und ziemlich weicher Konsistenz sind.

Bei genauer Untersuchung findet sich im Zusammenhange mit der Gallenblase eine Geschwulstmasse, welche zum Unterschied von den übrigen Knoten der Leber nicht **circumscript** ist, sondern von der Wand der Gallenblasse aus diffus in das Leberparenchym vordringt. Farbe und Konsistenz dieser Geschwulstmasse sind von den eben beschriebenen Geschwülsten der Leber nicht verschieden, nur ist die gelbliche Färbung hier etwas ausgebreiteter.

Der Magen ist frei von Geschwulstentwicklung und ohne besonderen pathologischen Befund.

Im Peritonealüberzuge des Zwerchfells und der Darmschlingen kleine graurothe und grauweisse Knötchen bis zu Linsengrösse.

In der Milz und in den Nieren sind Infarkte von gelber Farbe, von einem rothen Hof umgeben, etwas unter das Niveau eingesunken. Die Blase zeigt nichts Pathologisches.

Das Herz, von schlaffer Konsistenz, weist im geringen Grade braune Atrophie auf. Auf den Aorten-

klappen, welche etwas verdickt und retrahirt sind, finden sich exquisite, warzige Tromben, von himbeerartigem Aussehen und weicher Konsistenz, ebenso auf der Mitralklappe.

In den Lungen sind keine Geschwulstknoten auffindbar, dieselben zeigen, ausser geringem Emphysem an den vorderen freien Rändern, keinen bemerkenswerthen Befund.

Das Rectum ist ebenfalls ohne Veränderung.

Die Halsorgane liegen nicht vor, doch war berichtet, dass dieselben, sowie auch die mammae, frei von Geschwulstentwicklung waren.

Bei Betrachtung der Sexualorgane zeigt der Uterus sich vergrössert, von birnförmiger Gestalt. Auf dem Durchschnitt sieht man verdickte Wandungen, sowie geschlängelte und verdickte Arterien. Am äusseren Muttermund sind einige kleine Narben sichtbar.

Die Schleimhaut der Scheide ist lederartig verdickt. (Es war ein Pessar von der Person getragen worden).

Beide Ovarien sind in lappig gebaute Tumoren von glatter Oberfläche umgewandelt und zwar ist das linke ungefähr kindskopfgross, das rechte mannsfaustgros. Beim Aufschneiden derselben ergiebt sich eine derbe, von der Konsistenz der Leberknoten auffallend differente in verschiedene Schichten ziemlich ungleichmässige Gewebsmasse von ausgesprochen faseriger Struktur. Das Centrum derselben erscheint

mehr oder weniger erweicht, ödematösem oder myxomatösem Gewebe gleichend; nirgends aber kann man umschriebene, von der Nachbarschaft sich abhebende einzelne Knoten, etwa wie diejenigen der Leber erkennen. Das ganze äussere Bild gleicht so sehr dem Verhalten grösserer, zum Theil erweichter, Fibromyome, dass Herr Professor Grawitz bei der ersten Betrachtung die Diagnose auf eine fibromyomatöse Entartung beider Ovarien stellte.

2. Die mikroskopische Untersuchung.

Die mikroskopische Untersuchung der in Geschwulstmasse aufgegangenen Gallenblasenwandung ergiebt an frischen Schnitten das unverkennbare Bild des Cylinderzellencarcinoms. Von gleichem Charakter erweisen sich die Geschwulstknoten in der Leber und im Bauchfell. Die Schnittpräparate von gehärteten Lebergeschwulstknoten zeigen Cylinderzellen, welche in zierlichen, langgestreckten Alveolen derart angeordnet sind, dass man stellenweise an das Bild tubulöser Drüsen erinnert wird; während an anderen Stellen vollkommen solide Krebszapfen in dichter Gruppirung aneinanderliegen.

Dagegen lässt die Untersuchung der Ovarialtumoren, deren äusseres Bild, wie schon gesagt, den Eindruck von Fibromyomen macht, an frischen Schnitten reichliche Züge von glatten Muskelfasern erkennen, welche in ungleichmässiger Weise mit Bindegewebe untermischt sind. An andern Stellen dagegen liegen unzweifelhaft epitheliale Zellen vor, welche an frischen

Schnitten beim ersten Anblick den Verdacht erregen, dass die Erkrankung vielleicht doch als Metastase des Gallenblasentumors aufzufassen sei.

Um dies zu entscheiden, werden Stücke von den verschiedenen Geschwülsten in Müllerscher Flüssigkeit und Alkohol gehärtet, und davon Schnittpräparate angefertigt. Die Untersuchung derselben lässt derbes Fasergewebe erkennen, dessen Kerne z. Th. länglichen, spindelförmigen Bindegewebszellen entsprechen, während man dazwischen in grosser Zahl die in parallelen Zügen angeordneten, länglichen, stäbchenförmigen Kerne der glatten Muskelfasern sieht. In diese dichte Fasermasse eingestreut liegen zahlreiche annähernd rundliche, stellenweise buchtig ausgezogene Cysten, welche in ihren kleinen Formen eine gleichmässige Schicht platter, epithelialer Zellen zur Auskleidung haben, während man im Innern der grösseren einen homogenen Inhalt mit einem feinfaserigen centralen Klümpchen antrifft, aber kaum noch etwas von der epithelialen Auskleidung erkennen kann. Das Klümpchen gleicht einem Fibrinhäufchen in einer Lungenalveole und besteht wahrscheinlich aus einem geronnenen, albuminösen oder schleimigen Ausscheidungsprodukt der Zellen. Andrerseits finden sich kleine Gruppen epithelialer Zellen, welche noch keine Lichtung besitzen.

Während nun in dem Carcinom der Gallenblase uud in den Knötchen der Leber die durchaus charakteristischen, langen, schmalen Cylinderzellen von einer

dichten Wucherung kleiner Rundzellen umgeben sind, sieht man in den Ovarialtumoren Bildungen von ganz abweichendem, cystischen Charakter, welche offenbar aus Anlagen Graaf'scher Follikel hervorgegangen sind, und von einer concentrischen Lage stäbchenförmiger Kerne umgeben werden.

3. Epikrise.

Wenn wir die Ergebnisse der makroskopischen und mikroskopischen Betrachtung zusammenhalten, so kommen wir zu folgenden Erwägungen:

Offenbar handelt es sich um zwei ihrem Bau nach vollkommen verschiedene Gruppen von Geschwülsten 1) eine Anzahl krebsiger Tumoren in Leber und Bauchfell, sowie in der Wand der Gallenblase; 2) um Fibromyome mit Cystchen in den beiden Eierstöcken. Betreffs der ersteren lehrt schon die oberfläche Betrachtung, dass die zahlreichen circumscripten Geschwulstknoten der Leber als Metastasen aufgefasst werden müssen, wobei es nur fraglich bleibt, wo wir die Stelle der Primärerkrankung zu suchen haben. Die genauere Untersuchung ergiebt, dass der Ausgang der eigentlichen Krebsbildung von der Gallenblase aus stattgefunden hat, deren Wand krebsige Entartung zeigt, welche, im Gegensatz zu den circumscripten Leberknoten, diffus in die Leber übergeht und dort weiter wuchert. Beide Geschwülste, sowie auch die des Peritoneums sind von demselben Charakter, so dass auch die Knoten des letzteren als metastatische aufzufassen sind.

Betreffs der zweiten Gruppe ist eine Abhängigkeit der beiden Eierstocksgeschwülste von einander in dem Sinne, dass zuerst die eine, alsdann sekundär die andere entstanden sei, nicht nachzuweisen. Dieser Annahme stehen sogar gewichtige Gründe entgegen, denn: 1) sind beide Geschwülste von gutartigem Charakter, 2) sind die Tumoren in ihrer Grösse und Gestalt, mit ihrer diffusen Durchwucherung des Ovarialstromas, beide den primären Gewächsen ähnlich, und keiner von ihnen gleicht einem circumscripten irgendwo im Eierstock lokal entstandenen Knoten; 3) ist bekannt, dass Fibromyome auch an anderen Organen, besonders am Uterus häufig multipel vorkommen.

Alle diese Umstände sprechen dafür, dass beide Ovarien unabhängig von einander Sitz einer Fibromyombildung geworden sind. Die von Spiegelberg und Leopold angenommene Deutung der Ovarialmyome als Fortsetzungen von Muskelgeschwülsten des Uterus kann hier nicht angewendet werden, wie klar aus dem Protokoll hervorgeht, da der Uterus überhaupt keine Geschwulstbildung gezeigt hat.

Beide Hauptgruppen sind nun wiederum ganz verschiedene unabhängig von einander entstandene Geschwulstarten. Es ist anzunehmen, dass die Fibromyome der Ovarien zuerst entstanden sind, — da diese Geschwulstart viel langsamer zu wachsen pflegt, wie maligne Tumoren — dann erst

der Krebs der Gallenblase mit den Metastasen in Leber und Bauchfell.

Fall II.

Fibromyomata ovarii utriusque; Carcinoma pylori et Carcinomata metastatica mesenterii et peritonei.

Dieser Fall ist von besonderem Werthe, weil ich durch die Güte des Herrn Obermedicinalraths Dr. Rudolphie zu Neustrelitz in der Lage bin eine ausführliche Krankenbeobachtung, sowie den Operationsbericht voraufzuschicken, aus welchen über die Reihenfolge, in welcher die Geschwülste sich entwickelt haben, bestimmte Schlüsse gezogen werden können.

Für die gütige Überlassung dieser Angaben erlaube ich mir dem Herrn Obermedicinalrath Dr. Rudolphi hier meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Krankengeschichte.

In das Krankenhaus zu Neustrelitz wurde am 16. Juli 1888 das Dienstmädchen Anna St. aus Wesenberg aufgenommen. Dasselbe ist 20 Jahre alt, früher nie krank gewesen, gross, schlank, gut genährt, von blühendem Aussehen; menstruirte mit 16 Jahren 5—6 Tage 4wöchentlich, war nie bleichsüchtig. Seit einem Jahre leidet Patientin öfter an Magenbeschwerden mit Neigung zur Kolik und Durchfall. Seit 1/4 Jahr kehrt die Periode alle 14 Tage wieder und wechselt mit ziemlich starkem fluor albus ab; die letzte Periode verlief unter viel Schmerzen im Magen und Kreuz. Vor etwa 4 Wochen fand sie selbst eine Härte in

dem angeschwollenen Leibe. Die Untersuchung am 16. Juli 1888 ergab das Vorhandensein eines harten, unregelmässig gerundeten Tumors im Unterleibe, der rechts sichtbar prominirt, hier die horizontale Nabellinie fast erreicht und nur 1 Fingerbreit von der Spina ant. sup. ossis ilei entfernt liegt, während er nach links herüber allseitig abfällt und 3 Fingerbreit von der Spina aufhört. Im kleinen Becken ist die vordere Vaginalwand durch den Tumor herabgedrängt und der Douglas sowohl, als die Excavatio sacralis von harter Masse ausgefüllt. Der Uterus liegt retrovertirt der linken Beckenwand an, lässt sich vom Tumor getrennt fühlen und hat eine Höhle von 8 cm Länge. Die eingeführte Sonde macht die Bewegungen, welche an dem eingekeilten Tumor nur in geringem Grade ausführbar sind, gut mit.

Operation am 25. Juli 1888.

Nach gehöriger Vorbereitung und unter den gebräuchlichen Kautelen wird durch einen bis in die Nähe des Nabels reichenden Schnitt in der linea alba der Tumor blosgelegt. Die eingeführte Hand findet nirgends Verwachsungen und entwickelt ihn aus der Bauchwunde. Ein Stiel ist nicht vorhanden — er liegt breit im rechten ligamentum latum, welches in 5 Portionen zugleich mit der Tube mittelst Catgut abgebunden und durchtrennt wird. Aus dem Stumpf blutende Gefässe werden für sich ligirt, und die Schnittfläche mit Peritonem besäumt.

Bei Betastung des kleinen Beckens wird ein zweiter ähnlicher Tumor gefunden, der trotz fehlender Verwachsungen so fest eingekeilt liegt, dass er nur mit grösster Kraftanstrengung aus dem kleinen Becken gehoben und trotz stärkster Anspannung nur in und zum kleinsten Theile vor die Bauchwunde zu bringen ist. Auch dieser Tumor liegt breit im linken ligamentum latum, welches zunächst durch eine umgelegte elastische Ligatur zu einer Art Stiel zusammengeholt und diesseits desselben in 3 Portionen abgebunden wird. Beim Abschneiden des Tumors bleibt etwas Substanz desselben zurück, welche nachträglich mit der Scheere excidirt wird. Nach Lösung der Gummischnur sind zur Blutstillung noch viele Unterbindungen und Umstechungen nöthig, und wird auch hier schliesslich die Wundfläche mit Peritoneum übersäumt.

Einschliesslich Reinigung und Schluss der Bauchhöhle hatte die Operation circa 2 Stunden bei ruhiger Narkose gedauert.

Der Wundverlauf ist ungestört, — nie trat eine Temperatursteigerung ein. In der ersten Woche führte Patientin über grossen Hunger Klage; in der zweiten Woche, als sie geniessen sollte, schwand der Appetit und stellte sich öfter Erbrechen ein. Bei so erschwerter Ernährung ging die Reconvalescenz auffällig langsam vor sich; doch verliess Patientin nach 3 Wochen das Krankenhaus und brachte bei vorsichtiger Diät und bei regelmässigem Stuhlgang es

so weit, dass sie kleine Spaziergänge machen konnte. Nach 5 Wochen klagt sie oft über Magenschmerzen und Verstopfung mit Blähsucht, und verliert den Appetit vollständig.

Als Patientin am 8. Oktober in das Krankenhaus zurückkehrt, hat sie seit 8 Tagen, trotz aller gebrauchten Mittel andauernde Verstopfung, Tag und Nacht heftige Kolikschmerzen und ständige Neigung zum Erbrechen.

Meteoristisch aufgetriebene Darmschlingen haben den Leib mächtig geschwellt, die Leber abgedrängt und das Zwerchfell bis zur 4. Rippe emporgeschoben, während bei niedriger Körpertemperatur der Puls 120 Mal in der Minute schlägt.

Da die Annahme nicht unbegründet erschien, dass der nach Ovariotomie nicht so ungewöhnliche Fall von mechanischer Darmocclusion in der Nähe der Narben hier vorliegen könne, so wurde als letzter Versuch die Laparotomie beschlossen und sofort am 8. October ausgeführt, und zwar nicht in der alten Narbe der linea alba, sondern 2 cm rechts seitlich durch den Musculus rectus.

Aus dem eröffneten Peritoneum entleert sich helles Serum. Der eingeführte Finger findet die hintere Seite der alten Schnittnarbe frei und glatt, doch abwärts am Beckenring eine starke Darmschlingenverwachsung. Nach Erweiterung des Bauchschnittes werden mit Finger, Raspatorium und Scheere 2 hier unter sich innig verwachsene Darmschlingen

vom Knochen und von sich selbst unter einander getrennt. Die Serosa der Schlingen und der inneren Bauchwandfläche ist mit weissen Flecken bedeckt und da sie keinen Zweifel mehr über das Vorhandensein einer specifischen Peritonitis zuliess, so wurde von einer weiteren Ermittelung der Darm-Verhältnisse Abstand genommen und zur Anlegung eines anus ptaeternaturalis eine geblähte Darmschlinge in die durch Nähte ausreichend verengte Bauchwunde eingenäht, um diese mittelst Pacquelin-Brenner am nächsten Tage zu öffnen.

Nach einer durch Morphium-Injection leidlichen Nacht erholte sich Patientin nicht und starb am 9. Oktober, 9 Uhr morgens, 20 Stunden post operationem.

Sectionsprotokoll.

Die eröffnete Bauchhöhle — weitere Section war nicht gestattet — zeigte vom grossen Netz nur einen geschrumpften, knollige Massen enthaltenden Rest; eine tumorartige Anschwellung in der pars pylorica des Magens; injicirte enorm tympanitisch ausgedehnte Darmschlingen des Jejunum, weniger geblähte, etwas breiigen Koth enthaltende Ileum-Schlingen, die in der Nähe des Coecums im grossen und kleinen Becken vielfach angewachsen und z. Th. in schwielig-verdicktes Gewebe eingebettet liegen. Coecum und Colon ascendens sind zusammengezogen und mit festen Kothballen gefüllt, bis zur flexura hepatica, wo durch feste Verwachsungen eine deutliche Strictur besteht.

Das Colon transversum und descendens ist völlig

leer. Die Serosa der Dünndarmschlingen ist besonders auf der rechten Bauchseite mit weissen Flecken reichlich bedeckt in der Art, dass am freien Rande wenige, nach dem Mesenterium zu in strassenähnlichen Zügen recht zahlreiche sich finden. Die Mesenterien selbst sind mit unzähligen Flecken besäht und enthalten zahlreiche kleinere und bis zu Wallnussgrösse geschwellte Drüsen. Der Beckenboden ist mit dicken Schwarten bedekt, in seiner Mitte ist eben der fundus uteri bemerkbar, doch ist weder vor noch hinter ihm eine Spur von Vertiefung. Auch von den Schnittflächen des lig. latum und den durchschnittenen Tuben ist nichts zu entdecken.

Soweit die Krankengeschichte, der Operations- und Sectionsbericht.

1) Descriptive Darstellung.

Beide Ovarien sind in Geschwülste umgewandelt; das eine ist 22 cm lang, $13^1/_2$ cm breit, bis zu $7^1/_2$ cm dick; das andere $17^1/_2$ lang, $11^1/_2$ breit, 5 cm dick. Die Oberfläche ist theils glatt, theils höckrig. Die Konsistenz im allgemeinen ziemlich fest und zwar an den höckrigen Stellen auffallend fester, als an den glatten. Die Schnittfläche ist glasig grau, von einzelnen, derberen, weisslichen Bindegewebsstreifen durchzogen. An einzelnen Stellen sieht man beginnende Cystenbildung, doch ist dieselbe auf zwei etwa wallnussgrosse Stellen in einem Ovarium beschränkt.

Die Operationsfläche zeigt bei beiden Ovarien

eine längliche Gestalt, ist bei dem grösseren $7^1/_2$ cm : $1^1/_2$ cm; bei dem kleineren $4^1/_2$: 1 cm gross.

Die mikroskopische Untersuchung, welche seiner Zeit von Herrn Professor Grawitz ausgeführt worden ist, hat nach dem Protokoll folgendes ergeben:

Ein Durchschnitt, welcher von der grössten Konvexität der Geschwulst bis zum Hilus geführt wird, zeigt übereinstimmend bei beiden Tumoren eine hellrosa Schnittfläche und ein so deutlich faseriges Gefüge, dass schon bei äusserer Betrachtung mit grösster Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Fibromyom gestellt werden kann. Jedenfalls finden sich nirgends auf dem Durchschnitt Stellen vom Aussehen markiger Krebse oder Sarkome, welche bekanntlich, sobald sie die Grösse der hier vorliegenden Tumoren erreicht haben, gewöhnlich umfangreiche Heerde von Fettmetamorphose zu enthalten pflegen.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt vollkommen die Vermuthung, indem sie überall verflochtene Züge glatter Muskelfasern mit ihren typischen langen, stäbchenförmigen Kernen, und dazwischen Bindegewebe nachweist. Dieses Bindegewebe ist von ungleichmässiger Consistenz, z. Th. straffer, z. Th. weich, dem Schleimgewebe sich annähernd. Drüsige Bestandtheile sind bei der Untersuchung nicht aufgefunden worden, jedoch ist damit nicht ausgeschlossen, dass solche vorhanden gewesen sind, da vorzugsweise die centraleren Abschnitte zur Untersuchung gelangten.

Die Untersuchung der übrigen bei der Section gewonnenen Präparate:

Von den übersandten Präparaten wurde erstens die Verengerung am Pylorus untersucht. Diese beginnt an der kleinen Curvatur 8—10 cm vor dem Pylorusring, hat eine ziemlich gleichmässige Verdickung, welche sich trichterförmig nach dem Magenausgang verengert. Die Schleimhaut ist in diesem Bezirke grösstentheils noch erhalten, und die Derbheit besitzt die Form einer gleichmässig in der Submucosa fortziehenden Infiltration. Nur an einer rundlichen, stärker hervorspringenden Stelle von der Grösse eines 2 Markstückes besteht ein flaches Krebsgeschwür.

Mikroskopisch ergeben Schnitte aus den verschiedenen Schichten unzweifelhaft Alveolen, mit epithelialen Zellen vom Typus der Drüsenzellen gefüllt.

Das Netz, sowie eine Anzahl von flachen, rundlichen Geschwulstknötchen, welche in der Serosa des Darms und des Mesenteriums enthalten sind, werden sogleich frisch untersucht, wobei sich eine vollkommene Übereinstimmung mit dem Bau des Magencarcinoms ergiebt.

Epikrise:

Wir haben hier also ganz unzweifelhaft doppelseitige Fibromyome der Ovarien und bei derselben Person Carcinom des Magens mit Metastasen im grossen Netz, Bauchfell und den Mesenterialdrüsen.

Charakteristisch für das typische Aussehen dieser beiden Ovarial-Fibromyome ist der Umstand, dass

Herr Professor Grawitz beim ersten Anblick des Präparates, noch ehe der Begleitbrief in seine Hände gelangt war, die Geschwülste nach dem grob äusseren Eindruck als Fibromyome bezeichnete und als Diagnose notirte: Fibromyome mit Hilus. Erst später, als der Begleitbrief eintraf, in welchem die Geschwülste als Ovarialtumoren bezeichnet waren, und als Herr Professor Grawitz die mikroskopische Untersuchung ausgeführt hatte, fand derselbe die Erklärung für das eigenartige von den Myomen des Uterus gänzlich abweichende Aussehen dieser mit Hilus versehenen Gewächse.

In diesem Falle ist noch hervorzuheben das für Magenkrebs sehr frühe Alter von 20 Jahren, während in der Regel nur das höhere Alter von dieser Neubildung befallen wird. Dass der Krebs hier im Magen seinen Primärsitz hat, geht unzweifelhaft aus seinem Sitz und seiner diffusen Wucherung hervor, während die Knoten im Peritoneum circumscript und multipel, also sekundärer Natur sind.

Vergleichen wir nun die beiden beschriebenen Fälle, so haben beide gemeinsam das von einander unabhängige Vorkommen zweier, ihrem Charakter nach ganz verschiedener Neubildungen, neben einander bei ein und demselben Individuum. Diese Neubildungen sind in beiden Fällen dieselben, nämlich Carcinome und Fibromyome. In beiden Fällen haben die Fibromyome als Sitz das Ovarium und sind beide doppelseitig. —

Dagegen ist der Primärheerd der Carcinome in beiden Fällen ein verschiedener, bei I. in der Leber, bei II. im Magen gelegen. Im Fall I. ist nicht genau zu entscheiden, ob die beiden Neubildungen zu gleicher Zeit entstanden sind, oder eine früher wie die andere.

Im Fall II. haben die Fibromyome früher bestanden als das Carcinom. Denn sie haben früher Symptome gezeigt, bei ihrer Exstirpation war vom Magenkrebs und seinen Metastasen weder etwas sichtbar, noch Symptome desselben vorhanden. Rechnet man dazu noch den Umstand, dass Fibromyome relativ langsam wachsende, Carcinome aber sehr schnell sich verbreitende Neubildungen sind, so ist wohl jeder Zweifel gehoben, dass hier die Fibromyome früher entstanden sind.

Was schliesslich die Personen selbst betrifft, so hatte die erste geboren, die andere nicht. Das Alter der ersten war 50 Jahre, das der andern 20 Jahre.

Es liessen sich noch manche übereinstimmenden und abweichenden Punkte bei dieser Parallelen anführen, doch dürften die genannten die wichtigsten sein. —

Sehen wir uns in der einschlägigen Literatur nach ähnlichen Fällen um, so finden wir, dass ganz gleichartige bis jetzt noch nicht beschrieben sind. Die umfassendste Zusammenstellung und Beschreibung von soliden Ovarialtumoren hat wohl Leopold in seiner Abhandlung über „Die soliden Eierstocksgeschwülste“ geliefert. Dort finden wir 56 Fälle, und

zwar 36 von einseitigen, 20 von doppelseitigen Ovarialgeschwülsten beschrieben. Unter diesen letzteren vermissen wir gänzlich Fibromyome, deren Vorkommen am Ovarium Leopold, wie schon früher erwähnt, bestreitet. Einen einseitigen, von Lücke und Klebs beschriebenen Tumor erwähnt Leopold, der mit unseren Fällen seiner Struktur nach übereinstimmt: „Die mikroskopische Untersuchung ergab einen mit den gewöhnlichen Ovarialfibromen übereinstimmenden Bau, neben kernreichen Bindegewebszügen zahlreiche glatte Muskelfasern.“ Dass seit dieser Zeit verschiedene einseitige Fibromyome des Ovariums beschrieben sind, ist oben erwähnt worden. Auch die Annahme Leopolds, dass vielfach die als Fibrome beschriebenen Neubildungen der Ovarien zu den Sarkomen zu rechnen seien, trifft für unsere Fälle nicht zu. Denn dass hier in der That glatte Muskelfasern in grosser Anzahl vorhanden sind, und dass eine Verwechslung mit Spindelzellensarkomen völlig ausgeschlossen ist, glaube ich bei der Beschreibung genügend bewiesen zu haben.

Im Gegentheil dürfte es nicht unwahrscheinlich sein, dass einige in der Literatar als Spindelzellensarkome bezeichnete Neubildungen, deren Beschreibungen mehr oder weniger Ähnlichkeiten mit den von uns beschriebenen Fällen aufweisen, in der That mehr zu den Fibromyomen oder Myofibromen zu rechnen sind. Was das Alter der Individuen betrifft, so macht der ebengenannte Forscher darauf

aufmerksam, dass das ausserordentlich jugendliche Alter einer Reihe von Personen auffällig ist, deren Ovarien sarkomatös oder carcinomatös entartet sind. Es prävaliren hier die Altersklassen von 13—36 Jahren. Nach demselben Autor fallen die Fibrome und Fibroide auf ein höheres Alter, wenn sich auch einzelne jüngere Individuen von 20—30 Jahren darunter befinden.

Über etwaige Komplikationen bei Fibromen der Ovarien sagt Leopold: „In allen Fällen von Fibrom des Ovarium wurden die übrigen Organe des Körpers gesund befunden; nur in meinem Falle enthielt die Uterushöhle einen 3 cm langen Schleimhautpolypen. Auch in dem von Spengler angegebenen Falle eines 43 Pfund schweren Fibroids befand sich in der vorderen Uteruswand ein enteneigrosses Fibroid."

Von gleichzeitiger Erkrankung anderer Organe durch eine Neubildung anderer Art finden wir, was die Fibrome der Ovarien betrifft, in der uns vorliegenden Literatur nichts. Dagegen werden vielfach Fälle von malignen Ovarialgeschwülsten (Carcinome und Sarcome) aufgeführt, bei denen zugleich Geschwülste ähnlichen und auch verschiedenen Charakters in anderen Organen beobachtet wurden: Ich lasse hier einige aus der Tabelle von Leopold folgen:

Ovarialtumor	**Complication**
1) Carcinom bei der Ovarien	Carcinom des Magens (Waldeyer: Virchows Archiv 41).

2) Carcinom beider Ovarien	Medullarcarcinoms des Gehirns rechts vom Türkensattel, ausserdem 2 kleine Uterusfibroide.

(Zimmermann: Wiener med. Wochenschrift 37).

3) Cystocarcinom beider Ovarien	Medullarcarcinom der Blase und hinteren Uteruswand (Alter $13^3/_4$ J.)

(Spencer Wells: Dis of the ov. Vol. II).

4) Sarcom beider Ovarien	Sarcom des Magens und Peritoneums.

(Virchow: Die krankh. Geschwülste I).

5) Spindezellensarkom beider Ovarien	Sekundäres Sarkom des Magens, der Pleura und des Peritoneums.

(Hertz: Virchows Archiv 36).

6) Medullarcarcinom beider Ovarien	Carcinom der linken Niere, Strictura carcinomatosa des colon descendens.

(Pathol. Institut, Leipzig).

1) Spindelzellensarkom beider Ovarien.	Gallertkrebs des Rectum.

(Pathol. Institut, Leipzig).

Zum Schlusse möchte ich mir noch die Bemerkung erlauben, dass angesichts der von mir beschriebenen Fälle, bei Komplikationen mit Magen- oder Leberkrebs die Abhängigkeit der Ovarialtumoren nicht ohne weiteres angenommen werden darf, sondern erst bewiesen werden muss.

Es sei mir noch gestattet, am Schlusse meiner Arbeit die mir sehr angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Grawitz, für die bereitwillige Überlassung des Materials, sowie für die vielfache freundliche Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen. Gern gedenke ich auch hier der Hülfe, die mir Herr Assistenzarzt Dr. Kruse jederzeit bereitwilligst zu Theil werden liess.

Litteratur.

Olshausen: Die Krankheiten des Eierstockes.
Virchows Archiv.
Fritsch: Centralblatt für Gynaekologie.
Schröder: Frauenkrankheiten.

Lebenslauf.

Richard, Johannes Jacoby, evangelischer Confession, Sohn des verstorbenen Sanitätsrath Dr. Heinrich Jacoby und seiner gleichfalls verstorbenen Ehefrau Caroline, geb. Hirsch, wurde geboren zu Wittstock in der Mark.

Er besuchte die Gymnasien seiner Vaterstadt und zu Treptow a. d. Rega, wo er das Zeugnis der Reife erhielt, um in Jena, Würzburg und Greifswald Medizin zu studieren.

Im Wintersemester 1884—85 genügte er seiner Militärpflicht mit der Waffe beim 3. Pommerschen Inf.-Regmt. No. 14. Bestand im August 1886 das Tentamen physicum, am 23. IV. 1890 das medizinische Staatsexamen und am 9. VI das tentamen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Jena:
Schaeffer, Heckel.

In Würzburg:
v. Kölliker, v. Sachs, Ph. Stöhr.

In Greifswald:
J. Budge, A. Budge, Landois, von Feilitzsch, Limpricht, Münter, Gerstaecker, Sommer, Holtz, Pernice, Grawitz, Krabler, Rinne, Mosler, Peiper, Helferich, Grohé, Schultz, Löbker, Strübing, v. Preuschen, Schirmer.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht er hiermit seinen Dank aus.

Thesen.

I.

In Geschwulsten, die vom Stroma des Ovariums ausgehen, können glatte Muskelfasern vorkommen.

II.

Bei leukämischen Personen sind wegen der hämorrhagischen Diathese Operationen nur mit grösster Vorsicht auszuführen.

III.

Der Zweck der höheren Lehranstalten (Gymnasium, Realschule) muss die harmonische Ausbildung von Geist und Körper sein, ohne Vernachlässigung des einen oder des andern.